

# AUSFÜLLHILFE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG 2020

ZUR EINRICHTUNGSBEZOGENEN DOKUMENTATION DES  
SEKTORENÜBERGREIFENDEN QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHRENS  
„VERMEIDUNG NOSOKOMIALER INFEKTIONEN – POSTOPERATIVE  
WUNDINFEKTIONEN“

INTERN

DEZERNAT VERSORGUNGSQUALITÄT

2. JANUAR 2020

VERSION 1.0

# INHALT

---

<b>AUSFÜLLHILFE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG</b>	<b>3</b>
Fragen 1-8 zur "Basisdokumentation"	3
Frage 9 zur "Anzahl durchgeführter Operationen"	4
Fragen 10-11 zum "Händedesinfektionsmittelverbrauch"	5
Fragen 12-20 zur "Entwicklung, Aktualisierung und Überprüfung einer internen Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe"	6
Fragen 21-24 zur "Entwicklung und Aktualisierung einer internen Leitlinie zur Antibiotika-Initialtherapie"	8
Fragen 25-29 zu "Geeignete Haarentfernung vor operativem Eingriff"	10
Fragen 30-53 zur "Validierung der Sterilgutaufbereitung von OP-Instrumenten und OP-Materialien"	11
Fragen 54-59 zur "Entwicklung einer Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP Feldes"	18
Fragen 60-68 zur "Entwicklung und Aktualisierung eines internen Standards zu Wundversorgung und Verbandswechsel"	20
Fragen 69.1 und 69.2 zur "Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie"	22
Fragen 70-76 zur "Teilnahme an Informationsveranstaltungen zur Hygiene und Infektionsprävention"	24
Frage 77 zur "Patienteninformation zur Hygiene bei MRSA-Besiedlung/Infektion"	25
Fragen 78-83 zur "Entwicklung eines Konzeptes zum Entlassungs- und Überleitungsmanagement"	25
Fragen 84 und 85 zur "Durchführung von Compliance-Überprüfungen"	26
Fragen 86-91 zu "Maßnahmen zur Förderung der Compliance im Bereich der Hygiene"	27

# AUSFÜLLHILFE ZUR EINRICHTUNGSBEFRAGUNG

Kurze Erläuterungen, passgenaue Musterdokumente und weiterführende Linktipps: Dieses Serviceangebot richtet sich an alle operativ tätigen Ärzte, die an der einrichtungsbezogenen Befragung zum Hygiene- und Infektionsmanagement teilnehmen, und soll sie bei der Beantwortung unterstützen. Die Dokumentationspflicht beginnt erstmalig im ersten Quartal 2018 und bezieht sich auf das Jahr 2017. Es empfiehlt sich daher, dass sich betroffene Ärzte bereits jetzt mit den Inhalten der Befragung auseinandersetzen.

## FRAGEN 1-8 ZUR "BASISDOKUMENTATION"

### 1. Status des Leistungserbringers

Dieses Datenfeld dient der Identifikation des dokumentationspflichtigen Arztes. Das Datenfeld „Vertragsarzt“ ist im Portal bereits vorbelegt, da die „Einrichtungsbefragung zur Praxishygiene“ ausschließlich für die Vertragsärzte zur Verfügung gestellt wird. Hierbei kann es sich um Leistungen, die in der (Gemeinschafts)Praxis, im ambulanten OP-Zentrum oder in einem MVZ erbracht werden, handeln.

### 2. Grundlage der Leistungserbringung

Erläuterungen siehe Frage 1.

### 3. Betreiben Sie einen eigenen OP?

Der Begriff des "eigenen OPs" bezieht sich auf das Betreiben eines Operationssaales. Hierzu zählt auch die Mitgliedschaft in einer Betreibergemeinschaft. Ob diese lediglich eine Betriebsgesellschaft ist oder auch Eigentümerin des OPs, ist hier bedeutungslos. Die vertragliche Nutzung eines funktionstüchtigen OPs mit oder ohne weitere Dienstleistungen ist nicht als "eigener" OP zu werten, auch wenn der Arzt u.U. der einzige Nutzer dieses OPs ist.

### 4. Gelten für die ermächtigten vertragsärztlichen Leistungen in vollem Umfang die Vorgaben und Bestimmungen des Krankenhauses für das Hygiene- und Infektionsmanagement?

Nicht relevant für Vertragsärzte. Dieses bedingte Feld öffnet sich nur, wenn Sie bei Frage 2 "ermächtigte vertragsärztliche Leistungen" angeben.

### 5. Institutionskennzeichen

Nicht relevant für Vertragsärzte. Dieses bedingte Feld öffnet sich nur, wenn Sie bei Frage 1 "Krankenhaus" angeben.

### 6. Betriebsstättennummer ambulant

Die von der KV vergebene "Betriebsstättennummer (BSNR)" identifiziert die Hauptbetriebsstätte Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung ärztlicher Leistungen zum Ort der Leistungserbringung. Dabei bezieht sich die Einrichtungsbefragung auf die Praxis oder das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) bzw. die Hauptbetriebsstätte unabhängig davon, in welcher Einrichtung die ambulanten Operationen durchgeführt werden.

## 7. Nebenbetriebsstättennummer

Die Eingabe der Nebenbetriebsstätte ist optional. Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

- Ambulanter Fragebogen:  
Geben Sie die Nebenbetriebsstättennummer für den Ort an, an dem Sie (im letzten Jahr) die meisten ambulanten Operationen erbracht haben.
- Stationärer Fragebogen:  
Geben Sie die Nebenbetriebsstättennummer für den Ort an, an dem Sie (im letzten Jahr) die meisten belegärztlichen Operationen erbracht haben.

## 8. Lebenslange Arztnummer

Diese Information verbleibt bei den KVen und wird im Rahmen der Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung benötigt.

## FRAGE 9 ZUR "ANZAHL DURCHGEFÜHRTER OPERATIONEN"

### 9. Wie viele GKV-Quartalsfälle wurden in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen ambulant operiert?

Hier sollen alle GKV-Quartalsfälle, die als ambulante Operationen unter der angegebenen BSNR abgerechnet wurden, eingetragen werden.

Die letzten vier vollständig abgerechneten Quartale sind u.U. nicht mit dem Erfassungsjahr (Kalenderjahr) identisch. Als Quartalsfälle mit ambulanter Operation zählen nur die Abrechnungsfälle mit GOP nach Kapitel 31.2 des EBM (Vertragsärzte). Reine Nachsorgefälle (Kap. 31.3) zählen nicht als operative Fälle.

## FRAGEN 10-11 ZUM "HÄNDEDESINFEKTIONSMITTELVERBRAUCH"

### 10. Wie viele ambulante GKV-Quartalsfälle lagen in Ihrer Einrichtung in den letzten vier vollständig abgerechneten Quartalen vor?

Hier sollen alle GKV-Quartalsfälle eingetragen werden unabhängig von Operationen und Erkrankungen. Die letzten 4 vollständig abgerechneten Quartale sind u.U. nicht mit dem Erfassungsjahr (Kalenderjahr) identisch.

#### Musterdokumente

[Formblatt Händedesinfektionsmittelverbrauch, QEP \(PDF\)](#)

[Formblatt Händedesinfektionsmittelverbrauch Word-Version \(doc\)](#)

#### Linktipp

[KRINKO-Empfehlung: Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens](#)

#### Weiterführende Informationen

[Hand-KISS-Ambu](#)

### 11. Wie hoch war der Verbrauch an Händedesinfektionsmitteln im Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung (ohne den Verbrauch im OP)?

Es sollen nur Desinfektionsmittel der hygienischen Händedesinfektion angegeben werden, also jene, die in den Sprechstundenräumen benutzt werden und nicht im OP.

**Hinweis:** Dieser Indikator ist aus unterschiedlichen Gründen (z.B. Einbeziehung von PKV-Fällen/ belegärztlichen Fällen, Differenzierung chirurgisch/ hygienisch, Definition des Referenzwerts etc.) zunächst Gegenstand der Erprobungsphase.

Die Frage lehnt sich an die Erhebung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs im HAND-KISS (Surveillance des Händedesinfektionsmittelverbrauchs) an. Es gibt derzeit noch keinen Referenzwert für den Händedesinfektionsmittelverbrauch in ambulanten Einrichtungen.

#### Musterdokumente

[Formblatt Händedesinfektionsmittelverbrauch QEP \(PDF\)](#)

[Formblatt Händedesinfektionsmittelverbrauch Word-Version \(doc\)](#)

#### Linktipp

[KRINKO-Empfehlung: Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens](#)

#### Weiterführende Informationen

[Hand-KISS-Ambu](#)

## FRAGEN 12-20 ZUR "ENTWICKLUNG, AKTUALISIERUNG UND ÜBERPRÜFUNG EINER INTERNEN LEITLINIE ZUR PERIOPERATIVEN ANTIBIOTIKAPROPHYLAXE"

### 12. Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe?

Die Interne Regelung ("Leitlinie") muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Interne Regelungen ("Leitlinien") können nicht berücksichtigt werden.

Die Interne Regelung ("Leitlinie") beruht auf einer gültigen Leitlinie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und wurde um aktuelle Kommentare zu den einrichtungsindividuellen Besonderheiten und ggf. daraus resultierenden Abweichungen ergänzt.

Sie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte der Einrichtung gelten. Nur abteilungs- oder fachbezogene Leitlinien sind nicht ausreichend.

Für den vertragsärztlichen Bereich gilt: Die Frage kann mit „ja“ beantwortet werden, wenn:

- in der Praxis oder dem MVZ eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie vorliegt und für alle Orte der Leistungserbringung (z. B. auch das ambulante OP-Zentrum) Gültigkeit hat

oder

- bei einer Einrichtung ohne eigenen OP in der Praxis oder dem MVZ eine Erklärung vorliegt, dass alle in der Einrichtung tätigen Ärzte, die Tracer-Operationen gemäß der dieser Befragung zugrundeliegenden Richtlinie erbringen, über eine entsprechende interne Empfehlung/Leitlinie an dem Ort der Leistungserbringung verfügen.

Als Orientierung kann die Empfehlung der Paul-Ehrlich-Gesellschaft zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe dienen.

#### Musterdokumente

[Interne Regelung \("Leitlinie"\) zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe, QEP \(PDF\)](#)

[Interne Regelung \("Leitlinie"\) zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe, Word-Version \(doc\)](#)

#### Linktipp

[Empfehlungen einer Expertenkommission der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V. AWMF: Leitlinie „Perioperative Antibiotikaprophylaxe, 2017 \(PDF\)](#)

#### Weiterführende Informationen

[Antibiotika-Resistenz-Surveillance \(ARS\): Seiten des RKI](#)

[Nationales Referenzzentrum für Surveillance für nosokomiale Infektionen: Referenzdaten 2011-2015 bei OP-KISS](#)

[DGKH: Hygiene-Tipp: Perioperative Antibiotikaprophylaxe](#)

[AWMF: Übersicht](#)

### 13. Wird darin die Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe thematisiert?

Die geforderten Inhalte der Fragen 13-18 sind in der "Internen Regelung zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

#### Musterdokumente

[Interne Regelung \("Leitlinie"\) zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe, QEP \(PDF\)](#)

[Interne Regelung \("Leitlinie"\) zur perioperativen Antibiotika-Prophylaxe, Word-Version \(doc\)](#)

## Linktipp

[Empfehlungen einer Expertenkommission der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V. AWMF: Leitlinie „Perioperative Antibiotikaprophylaxe, 2017 \(PDF\)](#)

## Weiterführende Informationen

[Antibiotika-Resistenz-Surveillance \(ARS\): Seiten des RKI](#)

[Nationales Referenzzentrum für Surveillance für nosokomiale Infektionen: Referenzdaten 2011-2015 bei OP-KISS](#)

[DGKH: Hygiene-Tipp: Perioperative Antibiotikaprophylaxe](#)

[AWMF: Übersicht](#)

### **14. Werden darin die zu verwendenden Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage) thematisiert?**

Erläuterungen siehe Frage 13.

### **15. Wird darin der Zeitpunkt/die Dauer der Antibiotikaprophylaxe thematisiert?**

Erläuterungen siehe Frage 13.

### **16. Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?**

Eine interne "Leitlinie" Regelung gilt als für alle ärztlichen Mitarbeiter zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar im OP-Bereich und mindestens ein Exemplar im nicht-sterilen Bereich in Papierform vorhanden ist und jederzeit sowie ohne Aufwand eingesehen werden kann.

Musterdokumente und Links siehe Frage 12

### **17. Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres?**

Es sollen nur Daten bis Ende 2019 dokumentiert werden. Ist bisher keine Überprüfung der Aktualität bzw. keine Aktualisierung erfolgt, ist das Erstellungsdatum des Dokuments zu einzutragen. Die Aktualitätsprüfung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (IfSG bzw. Hygieneverordnungen der Länder) berücksichtigen.

Musterdokumente und Links siehe Frage 12.

### **18. Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/ Hygienekommission/ Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?**

Sowohl eine neue interne Regelung ("Leitlinie") als auch deren Aktualisierung muss freigegeben werden. Der Praxisinhaber oder Ärztliche Leiter eines MVZ werden als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigte anerkannt.

Musterdokumente und Links siehe Frage 12.

### **19. Wird die leitliniengerechte Antibiotikaprophylaxe bei jedem operierten Patienten Ihrer Einrichtung mittels Checkliste strukturiert überprüft (z.B. anhand der "WHO Surgical Checklist" oder anhand eigener/adaptierter Checklisten)?**

Für die Überprüfung der perioperativen Antibiotikaphylaxe kann die WHO-Checkliste verwendet werden.

#### **Musterdokumente**

[WHO Checkliste \(PDF\)](#)

#### **20. Werden die Anwendung der Checkliste und die eingetragenen Angaben stichprobenartig ausgewertet?**

Die systematische Überprüfung dient der Durchführung eines Verbesserungszyklus (Plan-Do-Check-Act).

#### **Linktipp**

[WHO Checkliste \(PDF\)](#)

### **FRAGEN 21-24 ZUR "ENTWICKLUNG UND AKTUALISIERUNG EINER INTERNEN LEITLINIE ZUR ANTIBIOTIKA-INITIALTHERAPIE"**

#### **21. Gab es im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie zur Antibiotikatherapie?**

Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte leitlinienbasierte Empfehlungen/Interne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden.

Eine Interne "Leitlinie" Regelung beruht auf einer gültigen Leitlinie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und wurde um aktuelle Kommentare zu den einrichtungsindividuellen Besonderheiten und ggf. daraus resultierenden Abweichungen ergänzt. Sie muss schriftlich vorliegen und für alle Ärzte der Einrichtung gelten. Nur abteilungs- oder fachbezogene Leitlinien sind nicht ausreichend.

Für den vertragsärztlichen Bereich gilt: Die Frage kann mit "ja" beantwortet werden, wenn:

- in der Praxis oder dem MVZ eine leitlinienbasierte Empfehlung/interne Leitlinie vorliegt und für alle Orte der Leistungserbringung (z. B. auch das ambulante OP-Zentrum) Gültigkeit hat

oder

- bei einer Einrichtung ohne eigenen OP in der Praxis oder dem MVZ eine Erklärung vorliegt, dass alle in der Einrichtung tätigen Ärzte, die Tracer-Operationen gemäß der dieser Befragung zugrundeliegenden Richtlinie erbringen, über eine entsprechende interne Empfehlung/Leitlinie an dem Ort der Leistungserbringung verfügen.

Die Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen Leitlinie geregelt sein. Als Orientierung kann die Leitlinie 092/001 der AWMF zur rationalen Antibiotikatherapie dienen.

#### **Musterdokumente**

[Interne Regelung \("Leitlinie"\) zur Antibiotikainitialtherapie, QEP \(PDF\)](#)

[Interne Regelung \("Leitlinie"\) zur Antibiotikainitialtherapie, Word-Version \(doc\)](#)

#### **Linktipp**

[Empfehlungen zur kalkulierten parenteralen Initialtherapie](#)

#### **Weiterführende Informationen**

[Antibiotika-Resistenz-Surveillance \(ARS\): Seiten des RKI](#)



**22. Kann jeder ärztliche Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?**

Eine interne "Leitlinie" Regelung gilt als aufwandsarm zugänglich, wenn alle Ärzte der Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) darauf zugreifen können oder wenn sie in der Einrichtung in Papierform vorhanden ist und jederzeit eingesehen werden kann.

Die geforderten Inhalte der Fragen 21-24 sind in der "Internen Regelung zur Antibiotika-Initialtherapie" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 21

**23. Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres?**

Es sollen nur Daten bis Ende 2019 dokumentiert werden. Ist bisher keine Überprüfung der Aktualität bzw. keine Aktualisierung erfolgt, ist das Erstellungsdatum des Dokuments zu einzutragen. Die Aktualitätsprüfung soll neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der einrichtungsbezogenen Infektions-, Antibiotikaverbrauchs- und Resistenzlage (IfSG bzw. Hygieneverordnungen der Länder) berücksichtigen.

Die geforderten Inhalte der Fragen 21-24 sind in der "Internen Regelung zur Antibiotika-Initialtherapie" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 21

**24. Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung, Hygienekommission, Arzneimittelkommission (Krankenhaus)?**

Sowohl eine neue interne Regelung ("Leitlinie") als auch deren Aktualisierung muss durch eine der genannten Institutionen freigegeben werden. Der Ärztliche Leiter eines MVZ wird als Teil der Geschäftsführung angesehen und als zur Freigabe Berechtigter anerkannt.

Die geforderten Inhalte der Fragen 21-24 sind in der "Internen Regelung zur Antibiotika-Initialtherapie" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Musterdokumente und Links siehe Frage 21

## FRAGEN 25-29 ZU "GEEIGNETE HAARENTFERNUNG VOR OPERATIVEM EINGRIFF"

25. Wird in der Einrichtung bei Patienten bei ambulanten Operationen eine präoperative Haarentfernung des Operationsfeldes am OP-Tag durchgeführt?

26. Nutzen Sie dazu einen Rasierer?

27. Nutzen Sie dazu eine Schere?

28. Nutzen Sie dazu einen Haarschneider (Clipper)?

29. Nutzen Sie dazu Enthaarungscreme?

Qualitätsziel: Sofern eine (Teil-) Haarentfernung aus operationstechnischen Gründen indiziert ist, sollte dies entweder durch das Kürzen mit einer elektrischen Haarschneidemaschine (clippen) oder durch chemische Depilation (Enthaarungscremes) erfolgen. Auf das Rasieren mit einem Klingenrasierer sollte verzichtet werden. Weitere Informationen sind der neuen KRINKO-Empfehlung (erscheint voraussichtlich Ende 2019) und den Musterhygieneplänen zu entnehmen.

Die schriftliche Verortung zur Art der Haarentfernung gehört in einen Hygieneplan, welcher an der Hauptbetriebsstätte vorgehalten werden muss. Der geforderte Inhalt der Frage 25 ist in dem "Reinigungs- und Desinfektionsplan bzw. Hygieneplan" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

### Musterdokumente

[Musterplan Reinigung und Desinfektion, QEP \(PDF\)](#)

[Musterplan Reinigung und Desinfektion, QEP Word-Version \(doc\)](#)

oder

[Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis \(Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte\)](#)

### Linktipp

[DGKH: Hygiene-Tipp: Präoperative Haarentfernung](#)

### Weiterführende Informationen

[Aktuelle KRINKO-Empfehlung „Vermeidung postoperativer Wundinfektionen“](#)

## FRAGEN 30-53 ZUR "VALIDIERUNG DER STERILGUTAUFBEREITUNG VON OP-INSTRUMENTEN UND OP-MATERIALIEN"

**Hinweis:** Es soll in den Fragen 30 bis 53 über die Sterilgutaufbereitung der OP-Instrumente inkl. Anästhesie berichtet werden, nicht über die Aufbereitung der Instrumente des Sprechstundenalltags. Die Fragen 30 bis 53 sind bei Praxen mit eigenem OP für die Sterilgutversorgung in diesem Bereich zu beantworten, auch wenn Operationen gegebenenfalls zusätzlich in Fremd-OPs durchgeführt werden. Leistungserbringer, die in mehreren Fremd-OPs operieren, sollen die Fragen 30 bis 53 für den Bereich beantworten, in dem sie die meisten Operationen durchführen. Gegebenenfalls sind einzelne Angaben von den beauftragten Dienstleistern einzuholen.

Bei teilweiser oder gänzlich eigener Aufbereitung sind die Fragen 30 bis 53 nur auf die eigene Aufbereitung bezogen zu beantworten. Bei vollständiger Vergabe an einen externen Dienstleister sollen sich die Angaben in den Fragen 30 bis 53 auf die Aufbereitung bei diesem Dienstleister beziehen. Werden für eine OP-Stätte mehrere Dienstleister vom Leistungserbringer verpflichtet, so sind die Angaben für jenen Dienstleister einzutragen, der das Sterilgut mit der höchsten Risikoklasse aufbereitet. Für die Abfrage der externen Dienstleister nutzen Sie bitte die [Serviceliste Sterilgut \(PDF\)](#).

### 30. Nutzen Sie ausschließlich Einmalsterilgut, das nicht wiederaufbereitet wird?

Bei der ausschließlichen Verwendung von Einmalsterilgut sind die weiteren Fragen zur Sterilgutaufbereitung nicht zu beantworten.

### 31. Ist eine schriftliche Risikoeinstufung in Ihrer Einrichtung für alle bei Ihren Operationen eingesetzten Arten steriler Medizinprodukte erfolgt?

Die Frage bezieht sich auf die hygienische Risikoklassifizierung. Der Betreiber (Praxisleitung) ist für korrekte Risikobewertung und Einstufung der Medizinprodukte verantwortlich und muss diese ggf. unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers schriftlich festlegen. Die geforderten Inhalte der Fragen 31-37 sind in dem Formblatt "Risikoeinstufung Medizinprodukte" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

An die Aufbereitung von Kritisch-C-Sterilgut werden hohe gesetzliche Anforderungen gestellt. Es ist eine Zertifizierung erforderlich.

#### Musterdokumente

[Formblatt Risikoeinstufung Medizinprodukte Word-Version \(doc\)](#)

**Hinweis:** Auch Bestandteil des Musterhygieneplans des Kompetenzzentrums Hygiene

#### Linktipp

[KRINKO/BfArM-Empfehlung: Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten: Kapitel 1.2.1 / Tabelle 1](#)

#### Weiterführende Informationen

[Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte](#)

[DGSV: Flussdiagramm](#)

[DGSV: RDG mit thermischer und chemothermischer Desinfektion \(PDF\)](#)

[DGKH Hygiene Tipp: Einstufung von Medizinprodukten](#)

### 32. Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch A?

Erläuterungen siehe Frage 31.

### 33. Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch B?

Bitte beachten Sie, wenn Sie Sterilgut Klasse B und C verwenden, dass dafür ein Reinigungs- und Desinfektionsgerät vorgehalten werden muss. (siehe Frage 40)

### 34. Verwenden Sie Sterilgut der Klasse Kritisch C?

An die Aufbereitung von Kritisch-C-Sterilgut werden hohe gesetzliche Anforderungen gestellt. Es ist eine Zertifizierung erforderlich.

### 35. Wird die Sterilgutaufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte in Ihrer Einrichtung durchgeführt?

Führen Sie die Aufbereitung der im OP eingesetzten Medizinprodukte nicht oder nur teilweise in Ihrer Einrichtung durch, so müssen die Fragen 38 bis 52 (teilweise) von Ihrem externen Dienstleister ausgefüllt werden. Für die Abfrage können Sie das Formblatt „Serviceliste Sterilgut“ verwenden.

#### Musterdokumente

[Serviceliste Sterilgut \(PDF\)](#)

### 36. Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-B-Sterilguts selbst durch?

Erläuterungen siehe Frage 31.

### 37. Führen Sie die Aufbereitung des Kritisch-C-Sterilguts selbst durch?

Erläuterungen siehe Frage 31.

### 38. Wurden für alle in der Anlage 1 der KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" aufgeführten Teilschritte der Aufbereitung Standardarbeitsanweisungen erstellt?

Die Standardarbeitsanweisungen müssen schriftlich hinterlegt sein. Grundlage ist die KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten". Ggf. sind hier die Angaben des externen Dienstleisters zu dokumentieren.

#### Musterdokumente

[Ablaufbeschreibung maschinelle Aufbereitung Medizinprodukte, QEP \(PDF\)](#)

[Ablaufbeschreibung maschinelle Aufbereitung Medizinprodukte QEP Word-Version](#)

[\(doc\) Ablaufbeschreibung manuelle Aufbereitung Medizinprodukte, QEP \(PDF\)](#)

[Ablaufbeschreibung manuelle Aufbereitung Medizinprodukte, QEP Word-Version \(doc\)](#)

[Ablaufbeschreibung Herstellung RD-Lösung, QEP \(PDF\)](#)

[Ablaufbeschreibung Herstellung RD-Lösung, QEP Word-Version \(doc\)](#)

**Hinweis:** [Im Anhang der Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte](#) finden sich Arbeitsanweisungen zur manuellen und maschinellen Aufbereitung von Medizinprodukten

#### Linktipp

[KRINKO/BfArM-Empfehlung: Anlage 1 \(PDF\)](#)

#### Weiterführende Informationen

[DGSV: Erstellung von Standardarbeitsanweisungen \(PDF\)](#)

[DGSV: Erstellung von Verfahrensanweisungen \(PDF\)](#)

[Arbeitsanweisungen aus Musterhygieneplan Arztpraxis](#)

### 39. Kann jeder Mitarbeiter des Sterilgutbereiches jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?

Eine Arbeitsanweisung gilt als zugänglich, wenn sie für die betroffenen Mitarbeiter in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder, wenn sie in dem Arbeitsbereich in Papierform vorhanden ist und jederzeit sowie ohne Aufwand dort eingesehen werden kann.

Musterdokumente siehe Frage 38

### 40. Wie erfolgt die Reinigung des Sterilguts?

1 = ausschließlich manuell ggf. inklusive Ultraschallbad

2 = mit einem automatisierten Reinigungs- und Desinfektionsgerät (RDG)

Musterdokumente und Links siehe Frage 38

#### Weiterführende Informationen

[DGSV: RDG mit thermischer und chemothermischer Desinfektion \(PDF\)](#)

[DGSV: Reinigung Probleminstrumente \(PDF\)](#)

[DGSV: manuelle Aufbereitung Medizinprodukte \(PDF\)](#)

[DGSV: Leitlinie Validierung manuelle Aufbereitung \(PDF\)](#)

### 41. Sind die Beladungsmuster des Reinigungs-/Desinfektionsgeräts (RDG) in den Standardarbeitsanweisungen definiert?

Die Definition der Beladungsmuster kann in den Standardarbeitsanweisungen textlich oder bildlich erfolgen. Informationen hierzu finden sich auch in den Herstellerangaben und den Validierungsberichten.

#### Musterdokumente

[Ablaufbeschreibung maschinelle Aufbereitung Medizinprodukte, QEP \(PDF\)](#)

[Ablaufbeschreibung maschinelle Aufbereitung Medizinprodukte, QEP Word-Version \(doc\)](#)

[Ablaufbeschreibung manuelle Aufbereitung Medizinprodukte, QEP \(PDF\)](#)

[Ablaufbeschreibung manuelle Aufbereitung Medizinprodukte Word-Version \(doc\)](#)

[Ablaufbeschreibung Herstellung RD-Lösung, QEP \(PDF\)](#)

[Ablaufbeschreibung Herstellung RD-Lösung, QEP Word-Version \(doc\)](#)

***Hinweis:** Im [Anhang der Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte](#) finden sich Arbeitsanweisungen zur manuellen und maschinellen Aufbereitung von Medizinprodukten*

#### Linktipp

[DGSV: Optimierung der Positionierung der Medizinprodukte für die maschinelle Reinigung und Desinfektion, Teil I \(PDF\)](#)

#### Weiterführende Informationen

[DGSV: Optimierung der Positionierung der Medizinprodukte für die maschinelle Reinigung und Reinigung, Teil II \(PDF\)](#)

[DGSV: tgl. Überprüfung RDG \(PDF\)](#)

[DGSV: Beladungsmuster und deren Einfluss auf die Reinigung \(PDF\)](#)

### 42. Wann erfolgte die letzte Wartung des/der Reinigungs-/Desinfektionsgeräte/s (RDG) vor Ablauf des Erfassungsjahres?

Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende 2019 dokumentiert werden. Bei mehreren Reinigungs- und Desinfektionsgeräten in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen. Ist bisher keine Wartung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen. Es besteht eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung nach §7 MPBetreibV Instandhaltung von Medizinprodukten. Die Wartung ist nicht mit der bloßen Funktionsprüfung nach §4 (6) MPBetreibV oder der bloßen Reinigung des Geräts gleichzusetzen. Unter Sicherstellung von §7 MPBetreibV kann die Wartung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts auch intern erfolgen. Sie ist im Ergebnis schriftlich zu dokumentieren (Gerätehandbuch, Abschnitt "Wartungs- und Reparaturdokumentation"). Es wird auf einschlägige Leitlinien und Informationsschriften verwiesen (siehe Links).

#### **Musterdokumente**

[Wartungsplan QEP \(PDF\)](#)

[Wartungsplan QEP Word-Version \(doc\)](#)

#### **Linktipp**

[KRINKO/BfArM-Empfehlung: Kapitel 1.4 \(PDF\)](#)

#### **43. Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Reinigungs- und Desinfektionsgeräts (RDG) zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?**

§8 (1) MPBetreibV: "Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist." Es wird nach der letzten Leistungsbeurteilung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Leistungsbeurteilungen bis Ende 2019 dokumentiert werden. Ist bisher keine Leistungsbeurteilung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen. Bei mehreren RDGs in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen. Periodische Leistungsbeurteilungen sollen bestätigen,

- dass sich im Verlauf der Zeit keine unbeabsichtigten Prozessänderungen ergeben haben, und nachweisen
- dass die im Validierungsprotokoll/-plan festgelegten Parameter eingehalten werden.

Über die Leistungsbeurteilung muss ein schriftlicher Ergebnisbericht vorliegen. Die Leistungsbeurteilung ist nicht mit der periodischen oder chargenbezogenen Routineprüfung gleichzusetzen.

#### **Musterdokumente**

[Validierungsplan QEP \(PDF\)](#)

[Validierungsplan QEP Word-Version \(doc\)](#)

#### **Linktipp**

[KRINKO/BfArM-Empfehlung: Kapitel 1.3; Anlage 1 \(PDF\)](#)

#### **Weiterführende Informationen**

[DGSV: Leitlinie Validierung und Routineüberwachung maschineller Reinigung und thermischer Desinfektionsprozesse \(PDF\)](#)

[DGSV: Leistungsprüfung RDG \(PDF\)](#)

[DGSV: Überprüfung Validierungsprotokoll RDG auf Vollständigkeit \(PDF\)](#)

[DGSV: erneute Leistungsqualifikation ohne besonderen Anlass \(PDF\)](#)

[DGSV: erneute Leistungsqualifikation bei Wechsel Prozesschemikalien \(PDF\)](#)  
[DGSV: Leitlinie Validierung RDG für Endoskope \(PDF\)](#)

#### 44. Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Siegelnahtverpackung verpackt?

##### Musterdokumente

[Ablaufbeschreibung Verpackung MP I, QEP \(PDF\)](#)  
[Ablaufbeschreibung Verpackung MP I, Word-Version \(doc\)](#)  
[Ablaufbeschreibung Verpackung MP II, QEP \(PDF\)](#)  
[Ablaufbeschreibung Verpackung MP II, Word-Version \(doc\)](#)

**Hinweis:** [Im Anhang der Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte](#) finden sich Arbeitsanweisungen zur Verpackung von Medizinprodukten

##### Linktipp

[KRINKO/BfArM-Empfehlung: Kapitel 2.2.4 \(PDF\)](#)

##### Weiterführende Informationen

[DGSV: Sterilbarriere- und Verpackungssysteme \(PDF\)](#)  
[DGSV: Verpackungssysteme - Teil 2 \(Hartverpackung\) \(PDF\)](#)  
[DGSV: Verpackungssysteme – Teil 3 \(Zusammenfassung\) \(PDF\)](#)  
[DGSV: Verpackungsleitlinie \(PDF\)](#)  
[DGSV: Fertigung von Heißsiegelnähten zur Verpackung von Medizinprodukten \(PDF\)](#)

#### 45. Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Containerverpackung verpackt?

Erläuterungen siehe Frage 44.

#### 46. Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Klebebeutel verpackt?

**Hinweis der DGSV:** Klebebeutel sind nicht validierbar und damit lt. § 4 MPBetreibV nicht gesetzeskonform.

#### 47. Wird Ihr OP-Sterilgut mittels Vliesverpackung verpackt?

Erläuterungen siehe Frage 44.

#### 48. Wann erfolgte die letzte Wartung des Siegelnahtgerätes vor Ablauf des Erfassungsjahres?

Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende 2019 dokumentiert werden. Ist bisher keine Wartung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen. Bei mehreren Siegelnahtgeräten in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen. Es besteht eine allgemeine Pflicht zur Wartung und Instandhaltungsprüfung nach §7 MPBetreibV. Die Wartung ist nicht mit der bloßen Funktionsprüfung nach §4 (6) MPBetreibV oder der bloßen Reinigung des Geräts gleichzusetzen. Unter Sicherstellung von §7 MPBetreibV kann die Wartung des Siegelnahtgerätes auch intern erfolgen. Sie ist im Ergebnis schriftlich zu dokumentieren (Gerätehandbuch, Abschnitt "Wartungs- und Reparaturdokumentation"). Es wird auf einschlägige Leitlinien des RKI und Informationsschriften der KBV verwiesen: "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" ([www.rki.de](http://www.rki.de)) und "Hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten in Arztpraxis und im MVZ" ([www.kvb.de](http://www.kvb.de)) sowie „Leitlinie für die Validierung der Verpackungsprozesse nach DIN EN ISO 11607-2“ ([www.dgsv-ev.de](http://www.dgsv-ev.de))

##### Musterdokumente

[Wartungsplan QEP \(PDF\)](#)

[Wartungsplan QEP Word-Version \(doc\)](#)

#### **49. Sind die Beladungsmuster des Sterilisators in den Standardarbeitsanweisungen definiert?**

Die Definition der Beladungsmuster kann in den Standardarbeitsanweisungen textlich oder bildlich erfolgen. Informationen hierzu finden sich auch in den Herstellerangaben und den Validierungsberichten.

##### **Musterdokumente**

[Ablaufbeschreibung maschinelle Aufbereitung Medizinprodukte, QEP](#)

[Ablaufbeschreibung maschinelle Aufbereitung Medizinprodukte Word-Version \(doc\)](#)

[Ablaufbeschreibung manuelle Aufbereitung Medizinprodukte, QEP](#)

[Word-Version \(doc\)](#)

#### **50. Wann erfolgte die letzte Wartung des Sterilisators vor Ablauf des Erfassungsjahres?**

Es wird nach der letzten Wartung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Wartungen bis Ende 2019 dokumentiert werden. Ist bisher keine Wartung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen. Bei mehreren Sterilisatoren in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.

##### **Musterdokumente**

[Wartungsplan QEP \(PDF\)](#)

[Wartungsplan QEP Word-Version \(doc\)](#)

#### **51. Wann erfolgte die letzte periodische oder ereignisbezogene Leistungsbeurteilung des Sterilisators zur Sicherstellung der Einhaltung der in der Validierung festgelegten Prozessparameter vor Ablauf des Erfassungsjahres?**

§4 (1) MPBetreibV: "Die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet ist."

Es wird nach der letzten Leistungsbeurteilung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Leistungsbeurteilungen bis Ende 2019 dokumentiert werden. Ist bisher keine Leistungsbeurteilung erfolgt, ist das Beschaffungsdatum des Gerätes einzutragen. Bei mehreren Sterilisatoren in der Einrichtung bzw. beim Dienstleister ist das Datum für das zuletzt gewartete Gerät einzutragen.

Periodische Leistungsbeurteilungen sollen bestätigen,

- dass sich im Verlauf der Zeit keine unbeabsichtigten Prozessänderungen ergeben haben, und nachweisen
- dass die im Validierungsprotokoll/-plan festgelegten Parameter eingehalten werden.

Über die Leistungsbeurteilung muss ein schriftlicher Ergebnisbericht vorliegen. Die Leistungsbeurteilung ist nicht mit der periodischen oder chargenbezogenen Routineprüfung gleichzusetzen. Siehe: KRINKO-Empfehlung "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" ([www.rki.de](http://www.rki.de)) und "Empfehlung für die Validierung und Routineüberwachung von Sterilisationsprozessen mit trockener Hitze für Medizinprodukte" ([www.krankenhaushygiene.de](http://www.krankenhaushygiene.de)).

##### **Musterdokumente**

[Validierungsplan QEP \(PDF\)](#)



[Validierungsplan QEP Word-Version \(doc\)](#)

Linktipp

[KRINKO/BfArM-Empfehlung: Kapitel 1.3; Anlage 1 \(PDF\)](#)

Weiterführende Informationen

[DGSV: "Qualität": Validierung \(Teil 1\) \(PDF\)](#)

[DGSV: "Qualität": Validierung \(Teil 2\) \(PDF\)](#)

52. Werden die an der Sterilgutaufbereitung beteiligten Mitarbeiter bzgl. der Anforderungen an den Aufbereitungsprozess geschult?

Musterdokumente

[Einweisungs- und Schulungsplan, QEP \(PDF\)](#)

[Einweisungs- und Schulungsplan QEP Word-Version \(doc\)](#)

Linktipp

[KRINKO/BfArM-Empfehlung: Anlage 6 \(PDF\)](#)

53. Gab es im gesamten Erfassungsjahr ein systematisches Fehlermanagement im Sterilgutbereich Ihrer Einrichtung bzw. bei Ihrem Dienstleister?

Gefragt wird nach einem systematischen Fehlermanagement über den gesamten Bereich der Sterilgutaufbereitung, für das eine Standardarbeitsanweisung und eine fortlaufende schriftliche Fehlerdokumentation (Fehlerdatum, -art, -ursache, -behebung) vorliegen müssen.

Musterdokumente

[Formblatt Fehler- /Ereignisdokumentation QEP \(PDF\)](#)

[Formblatt Fehler- /Ereignisdokumentation Word-Version \(doc\)](#)

Linktipp

[KBV: Risiko- und Fehlermanagement](#)

Weiterführende Informationen

[CIRSmedical](#)

## FRAGEN 54-59 ZUR "ENTWICKLUNG EINER ARBEITSANWEISUNG ZUR PRÄOPERATIVEN ANTISEPTIK DES OP FELDES"

### 54. Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung eine Arbeitsanweisung zur präoperativen Antiseptik des OP-Feldes?

- Entsprechende Hygienepläne mit OP-Artspezifischen Details gelten als Arbeitsanweisung.
- Die Arbeitsanweisung muss in der Einrichtung ganzjährig in Kraft gewesen sein. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Arbeitsanweisungen können nicht berücksichtigt werden.

Die geforderten Inhalte der Fragen 54-59 sind in dem "Reinigungs- und Desinfektionsplan bzw. Musterhygieneplan" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Die Frage kann nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn eine entsprechende fachgebietsübergreifende Arbeitsanweisung vorliegt oder für alle Fachgebiete, in denen operative Leistungen gemäß der dieser Einrichtungsbefragung zugrundeliegenden Richtlinie erbracht werden, eine spezifische Arbeitsanweisung vorliegt.

Die Antiseptik des OP-Feldes ist Inhalt der neuen KRINKO-Empfehlung.

#### Musterdokumente

[Musterplan Reinigung und Desinfektion, QEP \(PDF\)](#)

[Musterplan Reinigung und Desinfektion, QEP Word-Version \(doc\)](#)

oder

[Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis \(Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte\)](#)

[Aktuelle KRINKO-Empfehlung „Vermeidung postoperativer Wundinfektionen“](#)

#### Weiterführende Informationen

[DGKH: Hygiene-Tipp: Desinfektion talgdrüsenreicher Haut](#)

### 55. Werden darin zu verwendende Desinfektionsmittel je nach Eingriffsregion thematisiert? Erläuterungen siehe Frage 54.

### 56. Wird darin die Einwirkzeit des jeweiligen Desinfektionsmittels thematisiert? Erläuterungen siehe Frage 54.

### 57. Wird darin die Durchführung der präoperativen Antiseptik des OP-Feldes unter sterilen Bedingungen thematisiert?

Erläuterungen siehe Frage 54.

### 58. Können die operierenden Ärzte und das operative Assistenzpersonal jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen?

Die Arbeitsanweisung gilt als für alle betroffenen Mitarbeiter aufwandsarm zugänglich, wenn sie in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder wenn mindestens ein Exemplar im OP-Bereich und mindestens ein Exemplar im nichtsterilen Bereich der Praxis oder MVZ in Papierform vorhanden sind und jederzeit eingesehen werden können. Die Anforderung schließt gestelltes Assistenzpersonal in einem Fremd- OP ein.

### **Musterdokumente**

[Musterplan Reinigung und Desinfektion, QEP \(PDF\)](#)

[Musterplan Reinigung und Desinfektion, QEP Word-Version \(doc\)](#)

oder

[Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis \(Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte\)](#)

### **Weiterführende Informationen**

[DGKH: Hygiene-Tipp: Desinfektion talgdrüsenreicher Haut](#)

[Aktuelle KRINKO-Empfehlung „Vermeidung postoperativer Wundinfektionen“](#)

### **59. Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ), Geschäftsführung /Hygienekommission (Krankenhaus)?**

Sowohl eine neu entwickelte Arbeitsanweisung als auch deren Aktualisierung müssen von den genannten Institutionen freigegeben werden.

### **Musterdokumente**

[Musterplan Reinigung und Desinfektion, QEP \(PDF\)](#)

[Musterplan Reinigung und Desinfektion, QEP Word-Version \(doc\)](#)

oder

[Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis \(Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte\)](#)

### **Weiterführende Informationen**

[DGKH: Hygiene-Tipp: Desinfektion talgdrüsenreicher Haut](#)

[Aktuelle KRINKO-Empfehlung „Vermeidung postoperativer Wundinfektionen“](#)

## FRAGEN 60-68 ZUR "ENTWICKLUNG UND AKTUALISIERUNG EINES INTERNEN STANDARDS ZU WUNDVERSORGUNG UND VERBANDSWECHSEL"

### 60. Galt im gesamten Erfassungsjahr in Ihrer Einrichtung ein interner Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel?

Der interne Standard zu Wundversorgung und Verbandswechsel soll sich sowohl auf chronische als auch auf traumatische und postoperative Wunden erstrecken und die einrichtungsindividuellen Besonderheiten berücksichtigen.

Die geforderten Inhalte der Fragen 59-67 sind in der "Internen Regelung zur Wundversorgung" abgebildet. Bitte passen Sie das Musterdokument Ihren praxisinternen Gegebenheiten an.

Die Frage kann nur mit "ja" beantwortet werden, wenn:

- ein entsprechender fachgebietsübergreifender interner Standard das gesamte Erfassungsjahr durch die Leitungsebene freigegeben war

oder

- für alle Fachgebiete, in denen operative Leistungen gemäß der dieser Einrichtungsbefragung zugrundeliegenden Richtlinie erbracht werden, ein spezifischer Standard vorliegt.

Der interne Standard kann sich z.B. an der "Leitlinie Wundmanagement" des Universitätsspitals Basel orientieren.

#### Musterdokumente

[Interne Regelung \("Standard"\) zur Wundversorgung und Verbandswechsel, QEP \(PDF\)](#)

[Interne Regelung \("Standard"\) zur Wundversorgung und Verbandswechsel, QEP Word-Version \(doc\)](#)

#### Linktipp

[Universitätsspital Basel: Leitlinie Wundmanagement \(PDF\)](#)

#### Weiterführende Informationen

[DGKH Hygiene-Tipp: Verbände aus Sicht der Hygiene – Verbandwechsel](#)

### 61. Wird darin die hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandswechsel) thematisiert?

Erläuterungen siehe Frage 60.

### 62. Wird darin der Verbandswechsel unter aseptischen Bedingungen thematisiert? aseptische Bedingungen: Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (Non-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)

Erläuterungen siehe Frage 60.

### 63. Wird darin die antiseptische Behandlung von infizierten Wunden thematisiert? Erläuterungen siehe Frage 60.

**64. Wird darin die stete Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe thematisiert?**

Erläuterungen siehe Frage 60.

**65. Wird darin eine zeitnahe Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion thematisiert?**

Erläuterungen siehe Frage 60.

**66. Kann jeder an der Patientenbehandlung unmittelbar beteiligte Mitarbeiter jederzeit und aufwandsarm darauf zugreifen? Ärzte, Pflegepersonal, medizinische Fachangestellte, ...**

Der interne Standard gilt als für alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter zugänglich, wenn er in der gesamten Einrichtung elektronisch (z.B. über Intranet) aufrufbar ist oder, wenn er in allen Räumen, in denen eine Wundversorgung stattfindet, in Papierform vorhanden ist und jederzeit sowie ohne Aufwand eingesehen werden kann.

**Musterdokumente**

[Interne Regelung \("Standard"\) zur Wundversorgung und Verbandwechsel, QEP \(PDF\)](#)

[Interne Regelung \("Standard"\) zur Wundversorgung und Verbandwechsel, QEP Word-Version \(doc\)](#)

**Linktipp**

[Universitätsspital Basel: Leitlinie Wundmanagement \(PDF\)](#)

**Weiterführende Informationen**

[DGKH Hygiene-Tipp: Verbände aus Sicht der Hygiene – Verbandwechsel](#)

**67. Wann erfolgte die letzte Überprüfung der Aktualität und ggf. eine notwendige Aktualisierung vor Ablauf des Erfassungsjahres?**

Es wird nach der letzten Überprüfung der Aktualität bzw. Aktualisierung im Zeitraum bis zum Ablauf des Erfassungsjahres gefragt. Es sollen daher nur Daten bis Ende 2019 dokumentiert werden. Ist bisher keine Überprüfung der Aktualität bzw. keine Aktualisierung erfolgt, ist das Erstellungsdatum des Dokuments zu einzutragen.

**Musterdokumente**

[Interne Regelung \("Standard"\) zur Wundversorgung und Verbandwechsel, QEP \(PDF\)](#)

[Interne Regelung \("Standard"\) zur Wundversorgung und Verbandwechsel, QEP Word-Version \(doc\)](#)

**Linktipp**

[Universitätsspital Basel: Leitlinie Wundmanagement \(PDF\)](#)

**Weiterführende Informationen**

[DGKH Hygiene-Tipp: Verbände aus Sicht der Hygiene – Verbandwechsel](#)

## **68. Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ)/ Geschäftsführung (Krankenhaus)?**

Sowohl ein neuer interner Standard als auch dessen Aktualisierung müssen durch eine der angegebenen Institutionen freigegeben werden. Die Ärztliche Leitung oder die Pflegedirektion/Pflegedienstleitung gelten hier als Teil der Geschäftsführung und sind zur Freigabe berechtigt.

### **Musterdokumente**

[Interne Regelung \("Standard"\) zur Wundversorgung und Verbandswechsel, QEP \(PDF\)](#)

[Interne Regelung \("Standard"\) zur Wundversorgung und Verbandswechsel. QEP Word-Version \(doc\)](#)

### **Linktipp**

[Universitätsspital Basel: Leitlinie Wundmanagement \(PDF\)](#)

### **Weiterführende Informationen**

[DGKH Hygiene-Tipp: Verbände aus Sicht der Hygiene – Verbandwechsel](#)

## **FRAGEN 69.1 UND 69.2 ZUR "TEILNAHME AN INFORMATIONSVERANSTALTUNGEN ZUR ANTIBIOTIKARESISTENZLAGE UND -THERAPIE"**

**69.1 Wie hoch ist der Anteil der in Ihrer Einrichtung tätigen Ärzte, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung oder an einem E-Learning-Programm zur Thematik "Antibiotikaresistenzlage und -therapie" teilgenommen haben?**

### **69.2 Daten wurden nicht erhoben**

Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen/Fortbildungen handeln.

Qualitätsziel: In jedem Erfassungsjahr sollten 100% aller Ärzte an einer entsprechenden Fortbildung oder einer Informationsveranstaltung teilgenommen haben. Beachten Sie, dass für eine Teilnahme an einer Informationsveranstaltung keine CME-Punkte vorausgesetzt werden.

Mindestinhalte einer Informationsveranstaltung müssen sein:

- lokales Erregerspektrum und Resistenzlage
- Antibiotikaphylaxe
- Indikation für mikrobiologische Untersuchungen
- Antibiotika-Initialtherapie

### **Musterdokumente**

[Einweisungs- und Schulungsplan, QEP \(PDF\)](#)

[Einweisungs- und Schulungsplan, QEP Word-Version \(doc\)](#)

### **Linktipp**

Im Fortbildungsportal der KBV finden Sie im SNK eine kostenfreie Online-Fortbildung (KBV) zur Antibiotikaresistenzlage und -therapie für die Facharztgruppen Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie und Unfallchirurgie und Urologie. Diese Fortbildung wurde mit 3 CME-Punkten zertifiziert.

Auf der Webseite des BDC finden Sie ein Web-Seminar zur KRINKO Empfehlung 2018: Prävention postoperativer Wundinfektion von Prof. Dr. med. Axel Kramer, welches mit 2 CME-Punkten zertifiziert wurde. Das Web-Seminar ist für BDC-Mitglieder und alle anderen Interessenten kostenfrei.

Wenn Sie das **Web-Seminar** ansehen möchten, senden Sie eine Mail an [service@bdc.de](mailto:service@bdc.de) mit der Anfrage nach einem **Einladungscode**.

## **FRAGEN 70-76 ZUR "TEILNAHME AN INFORMATIONSVORANSTALTUNGEN ZUR HYGIENE UND INFektionsPRÄVENTION"**

### **70. Wurden Daten zum Anteil der Mitarbeiter Ihrer Einrichtung, die im Erfassungsjahr mindestens an einer Informationsveranstaltung/einem E-Learning-Programm zur Thematik "Hygiene und Infektionsprävention" teilgenommen haben, erhoben?**

Es kann sich sowohl um interne als auch externe Informationsveranstaltungen handeln. Die Teilnehmer sind in einer Unterschriftenliste dokumentiert. In die Berufsgruppen der Reinigungskräfte und Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung sind auch die Mitarbeiter beauftragter Dienstleister einzubeziehen. Mitarbeiter, die in der Aufbereitung des OP-Sterilguts mitarbeiten, werden nur in dieser Personalgruppe gezählt und nicht nochmals in einer anderen Personalgruppe.

Qualitätsziel: In jedem Erfassungsjahr sollten 100% aller Berufsgruppen an einer entsprechenden Informationsveranstaltung teilgenommen haben.

Inhalte einer solchen Informationsveranstaltung müssen sein (für alle Berufsgruppen):

- Allgemeine Hygiene
- Händedesinfektion
- Hygiene bei multiresistenten Erregern

Für einige Berufsgruppen:

- Flächendesinfektion
- Aufbereitung von Sterilgut

#### **Musterdokumente**

[Einweisungs- und Schulungsplan, QEP \(PDF\)](#)

[Einweisungs- und Schulungsplan, QEP Word-Version \(doc\)](#)

### **71. Ärzte**

#### **72.1 examinierte Krankenpfleger und/oder Pflegeassistenten und Pflegehelfer**

#### **72.2 examinierte Krankenpfleger, Pflegeassistenten oder Pflegehelfer nicht vorhanden**

#### **73.1 Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes**

#### **73.2 Mitarbeiter des medizinisch-technischen Dienstes nicht vorhanden**

#### **74.1 medizinische Fachangestellte**

#### **74.2 medizinische Fachangestellte nicht vorhanden**

### **75. Reinigungskräfte**

### **76. Mitarbeiter der Sterilgutaufbereitung (OP-Sterilgut)**



## FRAGE 77 ZUR "PATIENTENINFORMATION ZUR HYGIENE BEI MRSA-BESIEDLUNG/INFEKTION"

77. Halten Sie in Ihrer Einrichtung das MRSA-Informationsblatt der KBV oder ein vergleichbares Informationsblatt zum speziellen Hygieneverhalten für Patienten mit Besiedlung oder Infektion durch MRSA vor, das alle folgenden Inhalte thematisiert?

Inhalte des Informationsblatts sind:

- Informationen zu MRSA im Allgemeinen
- Risiken der MRSA-Besiedlung/-Infektion für Kontaktpersonen
- Anwendung antibakterieller und desinfizierender Präparate
- Barrieremaßnahmen während des Krankenhausaufenthaltes

### Linktipp

[Patienteninformation MRSA \(PDF\)](#)

### Weiterführende Informationen

[KBV: Themenseite MRSA](#)

[ÄZQ: Multiresistente Erreger](#)

[BZgA: MRSA Steckbrief](#)

## FRAGEN 78-83 ZUR "ENTWICKLUNG EINES KONZEPTES ZUM ENTLASSUNGS- UND ÜBERLEITUNGSMANAGEMENT"

78. Erfolgt das Verlassen Ihrer Einrichtung durch den Patienten nach ambulanter Operation auf Grundlage einer internen, schriftlichen Regelung zum Überleitungsmanagement?

79. Ist darin die Nennung von Ansprechpartnern in der operierenden Einrichtung für Rückfragen des Patienten enthalten?

80. Ist darin die Aufklärung des Patienten und ggf. seiner Angehörigen über das postoperative Verhalten und Anzeichen von Wundinfektionen enthalten?

81. Ist darin die Information an den weiterbehandelnden Arzt und [ggf. an](#) die häusliche Pflege enthalten? (insbesondere Wundstatus, Auftreten von multi-resistenten Erregern (MRE))

82. Ist darin die Information der weiterbehandelnden Ärzte zur Surveillance postoperativer Wundinfektion, insbesondere zu den Diagnosekriterien nach CDC-Klassifikation enthalten?

83. Erfolgte eine Freigabe durch den/die Praxisinhaber bzw. Ärztlichen Leiter (MVZ) oder Geschäftsführung/Pflegedirektion (Krankenhaus)?

Das Verlassen der Einrichtung durch den Patienten nach der ambulanten Operation, zum Beispiel nach Hause wird gleichermaßen auf Praxen/MVZ/ambulante OP-Zentren und Krankenhäuser bezogen.

Die interne, schriftliche Regelung zum Überleitungsmanagement kann sich z.B. am "Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege" orientieren und soll einrichtungsspezifische Besonderheiten berücksichtigen.

Das Verteilen eines Info-Blatts an entlassene Patienten kann Teil eines solchen Konzepts sein, reicht allein hierfür aber nicht aus.

Im Konzept muss festgelegt werden, welche Informationen mündlich und welche Informationen schriftlich gegeben werden sollen.

#### **Musterdokumente**

[Interne Regelung \("schriftliches Konzept"\) zum Überleitungsmanagement, QEP \(PDF\)](#)

[Interne Regelung Interne Regelung \("schriftliches Konzept"\) zum Überleitungsmanagement, QEP Word-Version \(doc\)](#)

#### **Linktipp**

[ÄZQ: Checkliste zum Überleitungsmanagement \(PDF\)](#)

#### **Weiterführende Informationen**

[Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege \(PDF\)](#)

### **FRAGEN 84 UND 85 ZUR "DURCHFÜHRUNG VON COMPLIANCE-ÜBERPRÜFUNGEN"**

**84. Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Händedesinfektion bei operierten Patienten durchgeführt? (im Erfassungsjahr)**

**85. Wie viele anlassbezogene Überprüfungen der Compliance mit Hygieneplänen, Arbeitsanweisungen und leitlinienbasierten Empfehlungen/internen Leitlinien oder Standards wurden hinsichtlich der Wundversorgung und/oder des Verbandwechsels durchgeführt? (im Erfassungsjahr)**

Als anlassbezogene Compliance-Prüfung zählen routinemäßige Überprüfungen einzelner Situationen bei einem Patienten. Die Überprüfung kann durch eigenes Personal oder externe Beauftragte erfolgen. Der Begriff der Händedesinfektion bezieht sich hier nur auf die hygienische Händedesinfektion, nicht auf die chirurgische Händedesinfektion im OP. Eine Compliance-Überprüfung ist z.B. die Überprüfung der Händedesinfektion für eine Behandlungssituation bei einem Patienten oder die Überprüfung eines aseptischen Wundverbandes. Teilnehmer der „Aktion Saubere Hände“ nehmen [bspw. an](#) routinemäßigen Überprüfungen teil.

Qualitätsziel: Mindestens 10 Überprüfungen sollten bei 1000 Patientenfällen (1 Fall entspricht einem Quartalsfall) pro Erfassungsjahr vorliegen. Bsp.: Hat eine Praxis ca. 2000 Patientenfälle pro Jahr, so sollten hier mindestens 20 routinemäßige Überprüfungen pro Jahr durchgeführt werden.

#### **Linktipp**

[Aktion Saubere Hände: Messmethoden](#)

## FRAGEN 86-91 ZU "MAßNAHMEN ZUR FÖRDERUNG DER COMPLIANCE IM BEREICH DER HYGIENE"

### **86. Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine prospektive Festlegung von einrichtungsinternen Zielwerten für ausgewählte Qualitätsindikatoren der QS durch?**

Beispiel: Regelmäßige Überprüfung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs.

Beispiel: Die Fortbildungen der Mitarbeiter werden vor dem Beginn eines neuen Jahres geplant.

### **87. Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Analyse der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen und Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen durch?**

Beispiel: Interne Surveillance von postoperativen Wundinfektionen und die entsprechende Reaktion bei Auffälligkeiten (zu häufig/ zu selten).

### **88. Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine Information der Mitarbeiter über die Ergebnisse der QS und Diskussion der Ergebnisse mit Funktions- und Bereichsteams durch?**

Beispiel: Das Durchführen von regelmäßigen Teamsitzungen (Funktionsteam und Bereichsteam) zu den Themen Hygiene und Infektionsmanagement mit anschließender Diskussion und der Besprechung von Verbesserungsvorschlägen. Die Ergebnisse sollten in einem Protokoll festgehalten werden.

### **89. Führen Sie in Ihrer Einrichtung eine systematische Erfassung von Verbesserungsvorschlägen durch?**

Erläuterungen siehe Frage 88.

### **90. Führen Sie in Ihrer Einrichtung weitere Evaluationsprojekte zur Vermeidung nosokomialer postoperativer Wundinfektionen (z.B. Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte) durch?**

Beispiel: Audits, Compliance-Überprüfungen vor Ort, weitere Surveillance-Projekte

### **91. Führen Sie in Ihrer Einrichtung zur Förderung der Compliance eine Diskussion der QS-Ergebnisse zu postoperativen Wundinfektionen in einrichtungsübergreifenden Netzwerken oder Qualitätszirkeln durch?**

Beispiel: Netzwerke und/oder Qualitätszirkel zu den Themen Hygiene und Antibiotikaresistenzen

#### **Ansprechpartner:**

Dezernat Versorgungsqualität  
Corinna Friedemann, Tel.: 030 4005-1252, [CFriedemann@kbv.de](mailto:CFriedemann@kbv.de)

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
[CFriedemann@kbv.de](mailto:CFriedemann@kbv.de), [www.kbv.de](http://www.kbv.de)